



Oszczędności to nasza specjalność

Rozmowa z prof. Kazimierzem Suwalskim, kierownikiem Klinicznego Oddziału Kardiologii I Katedry i Kliniki Kardiologii Akademii Medycznej w Warszawie

Panie profesorze już po 3 latach funkcjonowania oddziału udało się dokonać remontu. Jak zdobywa Pan na to środki?

Przede wszystkim muszę powiedzieć, że nie był to remont, tylko tzw. czyszczenie oddziału. Wykonuje się je standardowo co kilka lat, po to, by oddział był sterylny, a przez to bezpieczny dla pacjenta. Na takie cele każdy szpital musi wyasygnować niezbędne fundusze. Oprócz środków finansowych otrzymywanych od Ministerstwa Zdrowia na przewidziane w danym roku cele i procedury medyczne oraz środków z Narodowego Funduszu Zdrowia, szpital pozyskuje pieniądze poprzez własną fundację. Mamy dość dużo sponsorów, którzy pomagają szpitalowi przetrwać te trudne czasy. To oni wpłacają pieniądze na szpital często z zaznacze-

niem, że są one ofiarowane na oddział kardiologii. Nierzadko są to ludzie, którzy mieli u nas wykonaną jakąś operację i po zabiegu zdecydowali, że chcieliby pomóc. Szpital nie zabiera nam tych środków, tylko pozwala, abyśmy sami zdecydowali, na co zostaną przeznaczone. Poza tym z pieniędzy przeznaczonych na określone procedury, przy bardzo dużych oszczędnościach całego personelu, udaje się nam zaoszczędzić niewielkie kwoty na leki, małe inwestycje czy np. zakup sprzętu.

Jak przy niewielkich stawkach, przeznaczanych na określone procedury medyczne, i ich niedoszacowaniu można jeszcze oszczędzać?

Trudno w to uwierzyć, ale przy ogromnych staraniach personelu czasami się to udaje. Ratują nas

zwłaszcza procedury wysoko specjalistyczne opłacone przez Ministerstwo Zdrowia. To są m.in. operacje tętniaków i zabiegi wykonywane w krążeniu pozaustrojowym. Procedury te są znacznie lepiej oszacowane niż te finansowane z NFZ. Fundusz wypłaca nam pieniądze za każdy punkt przyznany na daną procedurę. Wystarczy, że złożony zabieg zostanie wyceniony na 500 punktów, jeżeli przyjmimy, że 1 punkt kosztuje 10 zł, to w rezultacie na operację u pacjenta, który został odesłany do nas ze szpitala powiatowego, gdzie chory nie mógł uzyskać pomocy, dostajemy zaledwie 5 000 zł. Z takich pieniędzy rzeczywiście trudno zrobić oszczędności. One nawet często nie pokrywają samych kosztów operacji, a gdzie leki, krew, za którą też musimy płacić, mimo że rodziny leczonych u nas chorych często dobrowolnie oddają krew. A kiedyś szpitale w takiej sytuacji za krew nie płaciły. Niedooszacowanie procedur przez fundusz to ogólnopolska bolączka.

Jaki odsetek wszystkich wykonywanych na oddziale zabiegów stanowią procedury wysoko specjalistyczne?

Jest ich ok. 20 proc.

To niewiele. Czy są jakieś szanse, żeby oddział otrzymał więcej takich procedur?

Myślę, że jeżeli chodzi o procedury wysoko specjalistyczne, to są one rozdzielone dość sprawiedliwie i spełniają potrzeby wszystkich oddziałów kardiologicznych w Polsce. Czasami pod koniec roku okazuje się, że mamy pacjentów, u których należałoby wykonać operacje uznane za wysoko specjalistyczne, wówczas zwracamy się do Ministerstwa Zdrowia i nieraz otrzymujemy zgodę na zwiększenie liczby procedur.

Wspomniał Pan, że przy okazji czyszczenia oddziału udało się zakupić nowy sprzęt. W co zainwestowaliście?

Przede wszystkim dokupiliśmy ssaki: kilkanaście elektrycznych i 10 próżniowych. Sprawne ssaki są niezbędne na każdym oddziale zabiegowym, a już na pewno nie może się bez nich obejść oddział taki jak nasz, gdzie codziennie wykonujemy kilka operacji ratujących życie. Oprócz tego zakupiliśmy 1 aparat do likwidacji zaburzeń rytmu serca, monitory do monitorowania pacjentów po operacjach, respiratory wysokiej klasy, które muszą być doskonałej jakości, gdyż używane są często do podtrzymywania przy życiu nieprzytomnych ludzi. Wymieniliśmy także narzędzia do chirurgii mało inwazyjnej i zrobiliśmy remont sali intensywnej terapii.

Czy lepsze wyposażenie kliniki przekłada się w jakiś sposób na jej lepsze funkcjonowanie, większą liczbę dobrych kontraktów?

Generalnie powinno tak być. Jeżeli klinika ma dobre wyniki operacji, dobry sprzęt, doskonale wykształcony personel, to wówczas pacjenci sami się do niej garną. I my jako szpital odczuwamy zwiększone zainteresowanie naszą placówką. Jednak zainteresowanie pacjentów i korzyści finansowe nie idą w parze. Szpital nie otrzymuje żadnych ekstrapieniędzy za kliniczne podejście do pacjenta, za to, że operuje najcięższe przypadki. Tymczasem cała nasza strategia zmierza do tego, by zaopatrzyć się w najlepszy sprzęt, wykorzystać najlepsze metody i środki terapeutyczne. Bo jesteśmy za biedni, aby pozwolić sobie na sprzęt, który będzie się psuł, czy też na dobór metod tera-

Programy autorskie

Kliniczny Oddział Kardiologii i Katedry i Kliniki Kardiologii Akademii Medycznej w Warszawie powstał we wrześniu 2001 r. Kardiologia ma własny blok operacyjny, w którym mieści się sala operacyjna, sala przygotowawcza i całe zaplecze okołoperacyjne. Rocznie oddział kardiologiczny przyjmuje blisko 1 000 osób, z których 800 poddawanych jest operacji. Lekarze warszawskiego oddziału operują pacjentów z całego województwa mazowieckiego. Pięciu chirurgów i 6 anesteziologów wykonuje dziennie 3–4 operacje. Blisko 80 proc. wykonywanych zabiegów to operacje wszczepiania by-passów. Kardiologowie ze szpitala na ul. Banacha prowadzą wiele programów autorskich. Od początku istnienia oddziału realizowany jest program ablacji chirurgicznej u chorych z zaburzeniami rytmu serca. Innym typem wykonywanych tu zabiegów u chorych z chorobą wieńcową są tzw. operacje mało inwazyjne, wykonane za pomocą niewielkiego cięcia. Na oddziale realizowany jest także program leczenia pacjentów z chorobą wieńcową i cukrzycą, a także operowanie pacjentów dializowanych. Na uwagę zasługuje też program operowania pacjentów przed przeszczepem wątroby.



peutycznych, które pomogą tylko na chwilę. Bez względu na to, czy nas będzie stać, czy nie, dopóki będziemy istnieć, będziemy leczyć pacjentów. Dotyczy to zwłaszcza kardiologii. Tutaj bez względu na poziom oddziału kolejki na operacje są straszne. Bo przecież choroba wieńcowa to prawdziwa epidemia XXI w. i tych pacjentów nie można zostawić bez pomocy.

Tyle ostatnio się mówi o dofinansowywaniu pewnych świadczeń medycznych z kieszeni pacjenta. Czy Pana zdaniem takie rozwiązanie pomogłoby pacjentom w dostępie do określonych procedur? Czy w kardiologii można by ustalić listę świadczeń, które pacjentowi się należą, i tych, za które musiałby płacić?

Myślę, że w kardiologii trudno byłoby ustalić, które zabiegi pacjentowi się należą, a które to już jego ekstrawybór. Trzeba pamiętać, że u nas na oddziale w zasadzie wszystkie operacje należą do tych ratujących życie, a przecież są one bardzo drogie. Rzadko którego chorego stać na ich sfinansowanie. Może jakimś rozwiązaniem byłoby stworzenie dodatkowych ubezpieczeń, które przejęłyby finansowanie pewnych procedur. Na pewno jednak poza standardowym kosztyem usług kardiologicznych mógłby się znaleźć wyższy standard pobytu w szpitalu: 1-osobowa sala, własna pielęgniarka.

Oddział, którym Pan kieruje, jest odnowiony, dobrze wyposażony, pracuje w nim doskonały zespół. Czy nie myślał Pan, że może warto byłoby zasilić konto kardiologii pieniędzmi pozyskanymi od zagranicznych pacjentów?

Są takie plany. Zdajemy sobie przecież sprawę, że w stosunku do szpitali zachodnich jesteśmy konkurencyjni. Przyjeżdżają do nas koledzy z całego świata, chwalą oddział, sposób i efektywność przeprowadzanych przez nas zabiegów. Nie dawno zachwycali się naszym autorskim urządzeniem do leczenia zaburzeń rytmu serca. Działa ono tak

Ssaki z najwyższej półki

Rozmowa z Tomaszem Chodkowskim, dyrektorem naczelnym Intertomu, firmy, która wyposażyła oddział kardiologii w ssaki MEDELA

Czym wyróżniają się ssaki dystrybuowane przez państwa firmę?

Nasze ssaki są najlepsze, pod każdym względem. Bezawaryjne, bardzo ciche, o głośności poniżej 45 dB, a w przeliczeniu na czas efektywnej pracy – najtańsze. Udzielamy 5 lat gwarancji na ssaki, ale to tylko minimum ich bezawaryjnej pracy. W rzeczywistości pracują one bez konieczności serwisowania co kilkanaście lat i co najważniejsze mo-

gą tak pracować bez przerwy. Nieistotne, czy operacja trwa 5 czy 15 godz. Operujący podłącza ssak i koncentruje się wyłącznie na wykonywanym zabiegu. Ma pewność, że urządzenie go nie zawiedzie. To komfort móc pracować, mając do dyspozycji takie ssaki. A jeśli do tego dojdzie przekonanie, że przez kilkanaście lat nie dokłada się do nich ani złotówki, bo koszty eksploatacyjne nie istnieją, to wychodzi na to, że mimo dość wysokiej ceny wyjściowej, nasze ssaki MEDELA są najtańsze.

samo, jak oryginalne, a operacje wykonane przy jego zastosowaniu kosztują dosłownie kilkanaście złotych. W ten sposób szpital oszczędza, a pacjent nic nie traci. Dla porównania, ta sama operacja wykonana przy użyciu 2. aparatu do ablacji znakomitej firmy kosztuje w granicach 1 000 USD. Oprócz zagranicznych lekarzy przyjeżdżają też do nas przedstawiciele różnych firm ubezpieczeniowych. Najczęściej z krajów skandynawskich, Wielkiej Brytanii, Włoch i Niemiec. Z nimi rozmawiamy o ewentualnym leczeniu pacjentów w naszym szpitalu. Zdają sobie bowiem sprawę, że koszt leczenia jest w Polsce dużo niższy. Często za tę samą operację na zachodzie trzeba zapłacić kilka tysięcy euro, a u nas niecały tysiąc. Z takiego rozwiązania miałby korzystać także szpital, mógłby w końcu wycenić procedury zgodnie z ich faktyczną ceną, a nie poniżej kosztów. Myślę, że w ciągu kilku miesięcy uda nam się dojść do porozumienia. Zresztą już dziś przyjeżdżają do nas pacjenci zagraniczni, ale są to osoby prywatne, opłacające operacje z własnej kieszeni. Najczęściej obywatele Izraela i Niemiec.



Rozmawiała Patrycja Majer

foto: 3 x Piotr Waniorek

Bezawaryjne, nie psują się, a co z ich dezynfekcją?

MEDELA zadbała o to, żeby akcesoria do ssaków były łatwe do czyszczenia, dlatego stosowane tam pojemniki na odsysaną wydzielinę (wykonane z polisulfonianu, tworzywa umożliwiającego sterylizację wysokotemperaturową), są proste, gładkie, dzięki czemu je wyczyścić. Nie ma tam żadnej wewnętrznej płaszczyzny, na której wydzieliną może się zatrzymać. Ponadto nasze ssaki są przystosowane do wkładów jednorazowych. Opcja wielorazowa przeznaczona jest dla szpitali, których nie stać na standard europejski. Jeśli placówka jest lepiej wyposażona lub decyduje, że woli, by jej pracownicy nie mieli kontaktów z wydzieliną, może zakupić u nas wkłady jednorazowe, które po użyciu zamyka się i odwozi do spalarni. To są drobiazgi, ale to one decydują o genialności tego urządzenia.

Ile polskich szpitali korzysta z tych ssaków?

Na naszej liście referencyjnej znajduje się kilkaset jednostek służby zdrowia. W 2000 r., kiedy był powiew opty-

mizmu dla zarządzających szpitalami, a najistotniejszą w przetargu dla kupującego była jakość, wygraliśmy 95 proc. z nich. W tej chwili w służbie zdrowia decydującym argumentem jest cena wyjściowa, dlatego nasza pozycja jest nieco słabsza, bo my oferujemy sprzęt profesjonalny, o podwyższonym standardzie jakości, ale zarazem droższy o jakieś 40 proc. Dlatego wygrywamy ok. 30–40 proc. przetargów.

W takim razie, w jaki sposób zdobywacie obecnie szpitalne rynki?

Tam, gdzie to tylko możliwe, dajemy nasze urządzenia na 2–3-tygodniowe testy, by użytkownik sam ocenił ich jakość. Kiedy to się już stanie, pozostaje tylko jedno – przekonać użytkownika, że ma zbyt mało środków finansowych, by pozwolić sobie na zakup gorszego sprzętu. Zwykle jest tak, że ci, którzy szukają dobrej jakości i niezawodności, wracają do nas.

Rozmawiała Patrycja Majer